¿NECESITA AYUDA CON ARREGLOS ASU CASA?

POR FAVOR RESPONDA A CADA PREGUNTA, O SU APLICACION LE SERA REGRESADA

---

(1) Solicitante:_____ Otro Solicitante:_____

(2) Dirección:_____ Teléfono de casa:(_____)_____

_____ Teléfono del trabajo: (_____)_____

_____ Ocupación: _____

Ciudad Estado Código Postal

_____

Dirección Postal

SOLO PARA USO DE OFICINA

ID#_____

Date App Received

_____

Area Code_____

OPR# _____

Input Date _____

REP_____

(3) Seguro Social del Solicitante #

__ __ __ - __ __ - __ __ __ __

Seguro Social del Otro Solicitante #

__ __ __ - __ __ - __ __ __ __

(4) ¿Cuál es la edad del cabeza de hogar? (por favor ponga la fecha y marque solo una vez)

Nacimiento: ___/___/_____

1 [ ] Menor de18 años 2 [ ] 18 a 24 años 3 [ ] 25 a 44 años

4 [ ] 45 a 59 años 5 [ ] 60 a 64 años 6 [ ] Mayor de 65 años

(5) Ingreso Anual $_____

(6) Si usted tiene una pensión, esta es:

1 [ ] Seguro de avanzada edad 2 [ ] Ayuda por incapacidad total 3 [ ] Ayuda por ceguera

4 [ ] AFDC 5 [ ] Seguro Social (SSI) 6 [ ] Varias combinaciones

(7) ¿Cuál es el sexo del cabeza de hogar? 1 [ ] Masculino 2 [ ] Femenino

(8) Estado civil: 1 [ ] Casado 2 [ ] Separado 3 [ ] Soltero

(9) ¿Cuál es la raza ó grupo étnico del cabeza de hogar? (por favor marque solo una vez Raza, una vez Grupo étnico una vez Idioma)

(a) Raza:

1 [ ] Blanco

2 [ ] Negro/Afro Americano

3 [ ] Indio Americano/Nativo Alaska

4 [ ] Asiático

5 [ ] Nativo Hawaiano/OtrAs Islas del Pacifico

6 [ ] Indio Amer/Nativo Alaska y Blanco

7 [ ] Asiático y Blanco

8 [ ] Negro/Afro-Americano y Blanco

9 [ ] Indio Amer/Nativ- Alaska y Negro/Afro Amer.

10 [ ] Balance/Otros

(b) Grupo étnico: [ ] Hispano [ ] No-Hispano

(c) Idioma: 1 [ ] Inglés 2 [ ] Español 3 [ ] Otro

(10) ¿Si el cabeza de hogar esta discapacitado ó deshabilitado Y esta recibiendo pagos de desaabilidad [ ] Sí [ ] No

(11) ¿Es usted el dueño Y habita la casa que va ser reparada? [ ] Sí [ ] No

1 [ ] Menos de un año 2 [ ] 1 a 5 años 3 [ ] Más de 5 años 4 [ ] no-dueño que habita la casa

(12) Total número de personas en el hogar: _____

(13) ¿Cómo se entero usted de este programa? (marque solo una vez)

1 [ ] Referido de la lista de espera de Viviendas Publicas

2 [ ] Referido de otra agencia

3 [ ] Amigo ó familiar

4 [ ] TV

5 [ ] Periódico

6 [ ] Radio

7 [ ] Folleto impreso

8 [ ] Boletín de la comunidad

9 [ ] En una reunión

10 [ ] Otro (especifique)_____

(14) ¿Cuántos años tiene su casa?_____ ¿En que año fue construida su casa?_____ ¿En que año la compró?_____

(15) ¿Ha tenido este servicio anteriormente? [ ] Sí [ ] No

DE LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA Y PRECISA

_____ _____ _____

Firma del Solicitante Firma del Otro Solicitante Fecha

PROGRAMA DE SERVICIO DE REPARACIONES PARA ADULTOS MAYORES DUEÑOS DE CASA

DUEÑOS DE CASA:

Participe en este programa y usted recibirá **SUBSIDIO UNA VEZ** en la forma de **MANO DE OBRA Y MATERIALES** con el propósito de hacer reparaciones pequeñas a sus hogares. (No se provee asistencia económica con swamp coolers ó aire acondicionado).

NOTIFICACION: PINTURAS HECHAS A BASE DE PLOMO

Efectivo Septiembre 15, 2000, trabajo que envuelva Pintura a Base de Plomo inestable o trabajo alterado con Pintura a Base de Plomo debe adherirse a las regulaciones de HUD. Esto puede envolver que el dueño de casa desocupe la vivienda, saque los muebles, pagando sus propios gastos, hasta que una claridad sea obtenida.

SUBSIDIO:

Esta disponible a través del Condado de San Bernardino y todas sus ciudades, **EXCLUYENDO LAS CIUDADES** de Chino, Chino Hills, Fontana, Hesperia, Ontario, Rancho Cucamonga, Rialto, San Bernardino, Victorville, Upland, y la Ciudad de Apple Valley. Al completar la aplicación, debe enviarla a:

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO Y VIVIENDAS
290 NORTH "D" STREET, 6TH FLOOR
SAN BERNARDINO, CA 92415-0040
(909) 388-0925

PARA SER ELEGIBLE USTED DEBE:

1. Ser un individuo de 60 años ó más, que este deshabilitado ó incapacitado.

2. Ser dueño de casa ocupando una vivienda familiar ó una casa móvil por lo menos 12 meses ó más y que no **ESTE DE VENTA**.

3. Tener un ingreso máximo familiar (incluyendo todo miembro de la familia y todas sus fuentes de ingresos) que no excedan más de:

1 Persona por casa	**$33,150 Ingreso Total Anual**
2 Personas por casa	**$37,900 Ingreso Total Anual**
3 Personas por casa	**$42,600 Ingreso Total Anual**
4 Personas por casa	**$47,350 Ingreso Total Anual**

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY